

# 医科・歯科連携の実際

第15回

## 当院での摂食嚥下障害への取り組みと事例からの医科歯科連携

広島県・公立みつぎ総合病院 言語聴覚士 吉村美佳

### はじめに

尾道市は瀬戸内のほぼ中央、広島県の南東部に位置しており、山間部から島嶼部にわたって面積約285km<sup>2</sup>を占める。御調町はその最北部に位置する農村地帯であり、平成17年の市町合併により尾道市となった。尾道市高齢者福祉計画および第5期介護保険事業計画によれば、尾道市の人口は（2010年現在）14万5,202人、高齢化率は30.4%となっている。

御調町では従来から公立みつぎ総合病院（240床、22診療科）を中核とした地域包括医療・ケアの実践を行ってきた。われわれ摂食嚥下に係るスタッフも、介護予防から急性期・回復期・生活期・終末期にわたり、それぞれの目的に沿って活動している。

### 摂食嚥下障害への取り組みの開始

当院での摂食嚥下に関する積極的取り組みは、平成7年、脳血管障害で嚥下障害となった30歳代の女性に初めて嚥下造影検査（VF）を実施した頃となる。当時は広島大学で月1回開催された嚥下勉強会に参加し、症例を持ち寄って検討した。院内でも医師、病棟看護師、歯科衛生士、管理栄養士、リハビリスタッフが月1回勉強会を開き、病院としての取り組み方を含めて検討していた（写真1）。



写真1 院内での摂食嚥下取り組みへの勉強会

当時はVF環境も整っておらず、平成14年のデジタル機械の導入までは、透視カメラの位置に合わせて被験者を車いすごと上げる必要があったため、キャスト付きの大きな補高台を作成し、人力で対応した。

平成9年には嚥下内視鏡検査（VE）の準備が整い、嚥下評価はVEとVFの両面で行った。栄養管理部は嚥下食としてゼライスゼリー食を開始し、病棟では食前のアイスマッサージなどにも取り組んだ。なお、ゼライスゼリー食はわれわれの研究結果を踏まえて平成16年に廃止したが、嚥下食の検討は現在も継続している。

当院の歯科は昭和54年に開設されており、歯科衛生士は病棟をラウンドしながら個々の口腔ケアについて病棟指導をしていたため、気軽に相談しやすい環境にあった。

## ■ 栄養ケアマネジメント委員会

現在のような栄養ケアマネジメント委員会が組織されたのは平成18年であり、それ以前から稼働していた栄養サポートチーム（NST）、口腔ケア、摂食嚥下のそれぞれのチームが統合された。委員会の中に褥瘡部会・NST部会・摂食嚥下部会・口腔ケア部会が組織されており、各部会には医師または歯科医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師（NST専任療法士、摂食嚥下障害看護認定看護師含む）が参加し、連携を図っている。

図1 在宅NSTの立ち上げ

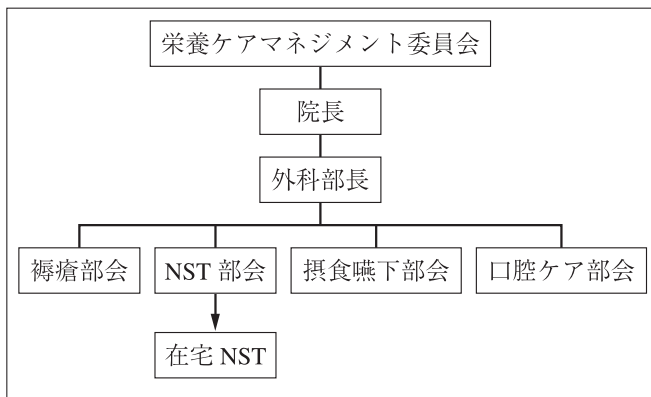
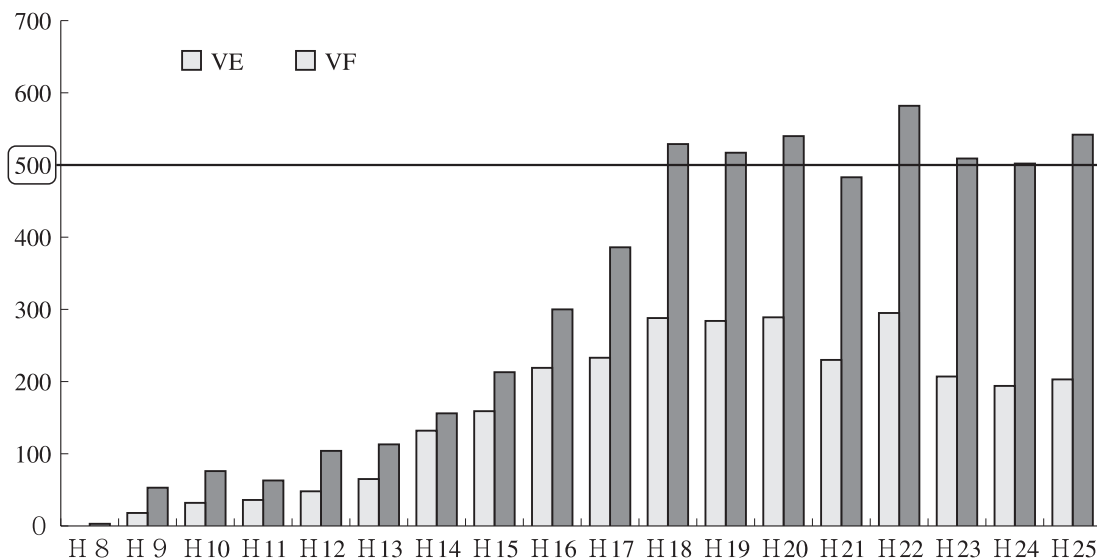


図2 VE・VFの実績



また、平成19年には病院での実践を活かして在宅NSTも立ち上げられた（図1）。訪問看護ステーションを中心とする在宅支援事業所や地域包括支援センターと協働し、ケアマネジャーや民生委員などとともに在宅でのフォローシステムを構築している。平成22年には理学療法士（PT）・作業療法士（OT）に加えて訪問看護ステーションに言語聴覚士（ST）が配置され、訪問リハビリスタッフとしての活動を開始した。

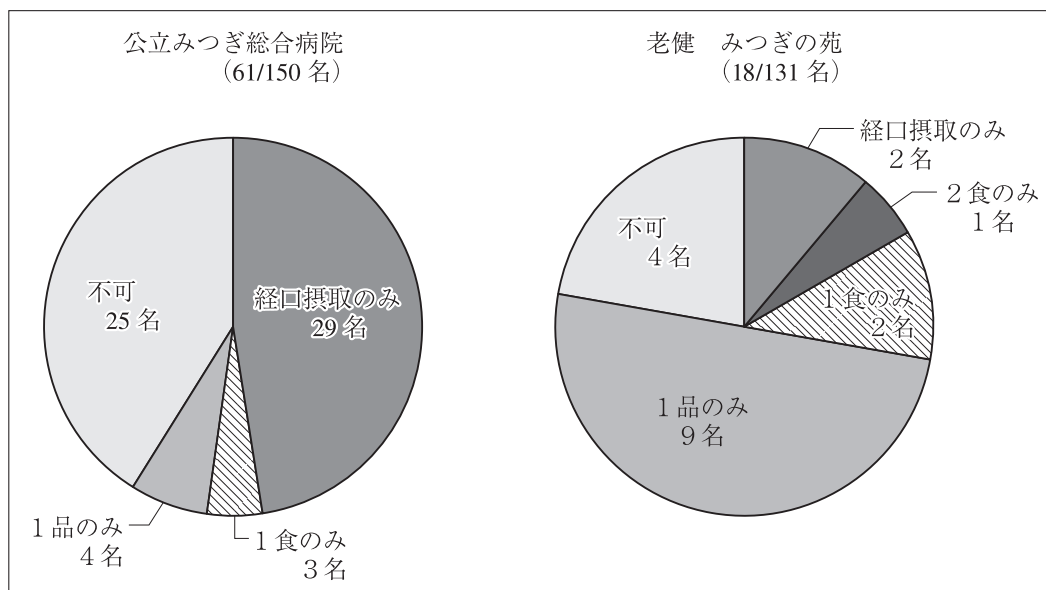
## ■ VE・VFの実績

当院でのVFは、併設の老人保健施設と特別養護老人ホーム入所利用者の嚥下機能評価も担っており、年間実施件数は500例を超える。VEは年間約200例であり、主に入院初回評価に用いる。これらは、個々の嚥下機能評価と経口摂取開始や継続のための検討のみならず、結果の集積をもとに研究することで多くを学び、嚥下障害への対応を検討する重要な機会となっている。スクリーニングのみでは得ることのできない情報であり、当院の摂食嚥下障害への取り組みはこれをもとに進められてきたともいえる。さらに、義歯と咀嚼嚥下機能の関係やその他の補綴物による改善の検討なども行っているが、今後ますますその必要性は高まるものと考える（図2）。



写真2 舌筋等トレーニングによる口腔機能維持・向上モデル事業

図3 非経口摂取から経口摂取の関わり (平成24年度実績)



## 口から食べることへの支援

地域包括ケアシステムの中では、介護予防～終末期に至り、できるだけ長く口から食べ続けるための取り組みが必要であることはいうまでもない。

平成24～25年度、広島県では商工労働局、医工連携推進プロジェクトチームの事業として「舌筋等トレ

ニングによる口腔機能維持・向上モデル事業」を行った。当院もこれに協力して一定の成果を確認し、介護予防や嚥下訓練の一つとして活用している(写真2)。

平成24年度、当院入院後に摂食嚥下リハビリ目的でSTが介入したケースは150例であった。同様に併設の老健入所時、摂食嚥下障害を認めたケースは131例であった。これらのうち、介入時非経口摂取であったケースについて介入終了時の経口摂取への移行状況を示す(図3)。

病院では急性発症の重症者も多く、経口摂取に至らない、もしくは生命維持が困難な場合も多かった。経口摂取で退院したケースは約半数で、経腸栄養との併用もあった。嚥下障害の残存するケースに対しては、その後のサービス利用を含む情報伝達が重要となる。老健では、入院期間中に経口摂取に至らず入所したケースや、胃ろう造設後専門の関わりがなかったケースも見られる。経口摂取の可能性を見極め、本人家族の意向を伺いながらの取り組みが必要となるが、わずかでも食べられるケースは少なくない。

また、特養でも老健と同様に多職種で栄養ケアマネジメントを行い、経口摂取継続に向けて取り組んでいる（図4）。特養の定員100名のうち、平成20年に嚥下障害を認めなかった利用者29名に対する平成24年の後追い調査の結果を示す（図5）。平成24年12月時点に入所していた19名のうち、約半数は嚥下機能を維持できていた。一方、胃ろう造設や何らかの嚥下障害で嚥下食対応となった利用者も半数いた。

要介護度の変化では、骨折や新たな疾病、食事摂取量の低下などを原因として63.2%の利用者の要介護度が増しており、摂食嚥下機能が身体状況や日常生活動作の維持に支えられているといえる結果であった。さ

らに特養では、年々施設での看取りを希望されるご家族が増えており、「食」のみならず「生」に対する支援のあり方を考えた関わりが求められている。

口腔の3大機能の改善を目指すリハビリは、直接口腔・栄養・摂食嚥下機能に働きかける。また、口から食べることへの支援には、これらの背景となる疾病や心身機能、環境などを含めた関わりが重要となる。さらに、われわれの活動の最大の目的が、人としての尊厳を守ることであり、口から食べることを

図4 栄養ケアマネジメントの取り組み

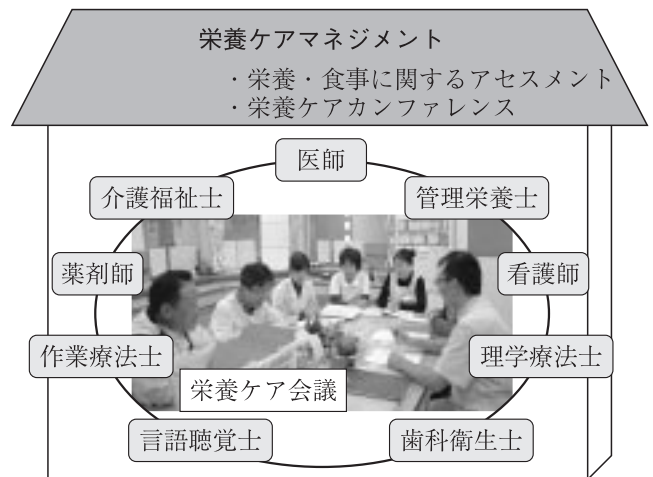
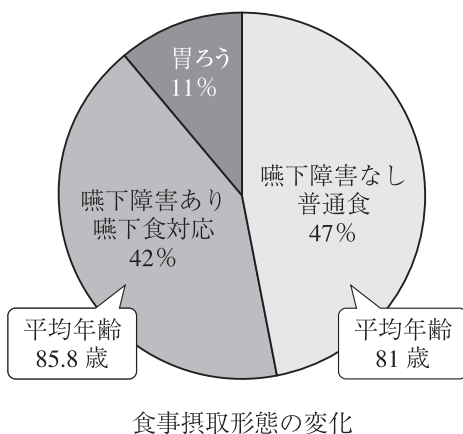


図5 特養入所者の経口摂取状況の変化

H20年度嚥下障害を認めなかった29名のうち、H24年3月入所の19名

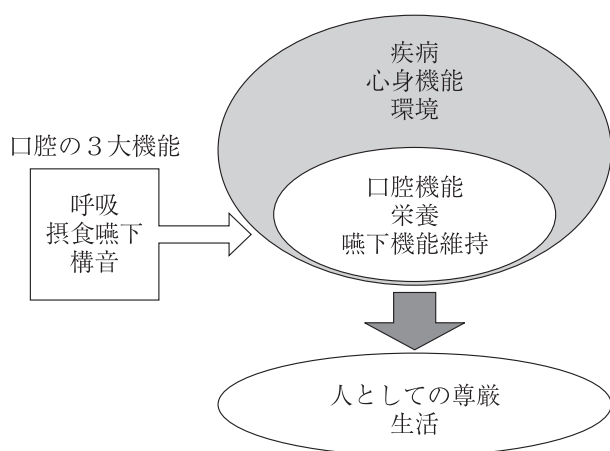


H20年 \ H24年	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
要介護 2	1	1		
要介護 3	2	4		
要介護 4	1	4	1	
要介護 5				5

注：要介護2から3への変化は↑5.2%、要介護4から5への変化は↓63.2%、変化なしは31.6%



図6 口（食べるため）のリハビリテーション



生活の一部として支えていくことであることを忘れてはならない (図6)。

## 訪問事例からの医科歯科連携

### ○ケース紹介：69歳・Mさん

柑橘類の出荷農家で夫との2人暮らしであった。X年8月に構音障害が出現し翌年4月、大学病院にて筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 球麻痺型の診断を受けた。さらに翌年の1月には転倒が増えて自動車運転や屋外歩行困難となり、3月に介護サービスを導入して訪問リハビリを開始した。在宅主治医は近隣の内科医で、ケアマネジャーは併設の居宅介護支援事業所が担当した。既往である2型糖尿病の治療も必要であった。

#### 1. 介入時の状況

障害老人の日常生活自立度はA1 (屋内自立レベル)、認知機能に問題はなく、介護保険では要介護1の認定を受けていた。本人は医師からの病状説明や専門書による知識を得て、将来的には胃ろうや人工呼吸器による対応を希望した。症状進行に不安を抱えつつ「在宅で暮らしたい」といい、家族もその支援を求めている。在宅サービスは、入浴目的の訪問介護 (週1回) と訪問看護ステーションからの訪問

リハビリ (OT・ST各週1回) が導入された。また、予想される病状の進行に合わせ、レスパイト入院も含めて関係機関の連携体制が確認された。

#### 2. STの訪問開始

在宅サービスの開始にあたり、長期的支援と訪問STの利用が可能である当事業所に依頼があったため、片道40分の訪問を開始した。経口摂取は調理も含めて自立していたが、むせや食物の送り込みに困難があった。舌は委縮して可動性が低く、舌苔に厚く覆われて痛みを伴った。また、鼻咽腔閉鎖機能も顕著に低下しており、発話明瞭度は既にほとんど聞き取りのできないレベルであった。会話は筆談で行ったが、病気に対する不安のほか、ご自身の思いなど伝えたいことがたくさんあった。

STのプログラムとしては、口腔機能維持および経口摂取継続の工夫、コミュニケーション手段の検討と精神的サポートの必要性が考えられた。また、口腔内の状況と今後の状態予測から歯科的サポートの必要性を感じた。担当ケアマネジャーは歯科介入の必要性についての視点がなかったといい、すぐに対応可能な歯科を紹介された。しかし、訪問歯科診療には結びつかず、当面は外来通院での関わりとなった。

#### 3. 歯科介入

口腔内の治療と清潔保持のためには専門的な介入が必要であり、月1回の外来通院では対応しきれなかった。そこで、訪問介護スタッフやケアマネジャーが外来受診に同行し、関わり方の指導を受けた。また、自立支援目的に電動歯ブラシも導入した。進行が早く短期間で使用困難となったが、その後の口腔保清と味覚の回復が得られた。外来通院は徐々に困難となってきたが、近くに訪問可能な歯科がないとのことであった。

ST訪問時に何う口腔関係の訴えについては、すぐに当院の歯科診療室に相談して指導を仰ぐとともに、ケースを知ってもらうことに努めた。その後、レス

パイト入院を挟んで当院の歯科衛生士の居宅管理指導と訪問歯科診療での関わりが開始された。

#### 4. 経口摂取

介入時の経口摂取は、ミキサー食と経腸栄養剤の飲用であった。糖尿病管理の必要性から摂取量はかかりつけ医で調整されていた。訪問リハビリでは、自助具や補助食品の紹介、嚥下方法の調整などを行ったが、介入2か月後には胃ろう造設、さらに5か月後には気管切開し、人工呼吸器が導入された。経口摂取については、食物の送り込みがさらに困難となり、誤嚥のリスクも高かったが、本人の口から食べたい思いは強く決して諦めなかった。

身体的には徐々に全介助の状態となり、吸痰をはじめとする介護量の多さやコミュニケーションが図りにくい中で、夫の疲労は蓄積していた。夫が自身の病気で入院することもあり、在宅介護の継続が困難になっていった。

入院後は嚥下機能検査でできるだけ安全な摂取方法を確認し、STが慎重に進めた。しかし、1日1食1時間程度を要した経口摂取は徐々に1品となり、さらにそれも困難になっていった。口腔ケアは最優先課題であり、歯科、病棟、STが介入した。誤嚥性肺炎を患っても軽快すると口から食べたいと訴えていた本人だが、それによって増加する痰による呼吸苦のため、自らの選択で経口摂取は終了することとなった。

訪問リハビリ開始から1年余り、最終的には在宅介護の継続ができなかった。しかし、多職種が連携することで、本人の口から食べたい気持ちを少しでも長く支えることができたのではないかと考える。

#### ■ おわりに

地域包括医療・ケアの実践により、今後も住民ひとりひとりが、その人らしい人生を送れるよう連携を図りたいと考える。

[www.aricept.jp](http://www.aricept.jp)

創薬・処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること  
アルツハイマー型認知症治療剤 (薬価基準収載)

日本薬局方 ドネベジル塩酸塩錠

**アリセプト**® 錠 3mg  
錠 5mg  
錠 10mg

日本薬局方 ドネベジル塩酸塩細粒

**アリセプト**® 細粒0.5%

**アリセプト**®D 錠 3mg  
錠 5mg  
錠 10mg  
(ドネベジル塩酸塩口腔内崩壊錠)

**アリセプト**® 内服ゼリー 3mg  
内服ゼリー 5mg  
内服ゼリー 10mg  
(ドネベジル塩酸塩製剤)

**アリセプト**® ドライシロップ1%  
(ドネベジル塩酸塩製剤)

---

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元  **エーザイ株式会社**  
東京都文京区小石川4-6-10

製品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 hhcホットライン  
フリーダイヤル 0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

ART1312M03